

初診問診票

お名前 _____

この問診票は診療するうえで大切な資料となります。差支えない範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

◇どのような症状がありますか？

◇上記の症状はいつからですか？ (_____)から

◇治療中の病名や、今までかかったことがある病気があれば口にチェックしてください

□ なし あり: □ 糖尿病 □ 高血圧 □ 高脂血症 □ 狭心症 □ 心筋梗塞 □ 不整脈
 □ 心不全 □ ぜんそく □ 脳梗塞 □ 癌(がん)
 □ その他 (_____)

◇現在内服中の薬があれば口にチェックしてください

□ なし あり: □ 糖尿病の薬 □ 高血圧の薬 □ 抗凝固薬(血をサラサラにする薬)
 □ その他 (_____)

*お薬手帳など、くすりの内容がわかるものをお持ちでしたら、一緒にお出し下さい

◇薬の服用で、服用困難な剤形があれば口にチェックしてください

□ 特になし □ 錠剤がのめない □ 粉薬がのめない

◇これまで薬や注射でかゆみ、じんましん、吐き気があったことがありましたか？

□ なし □ ある (薬の名前 _____)

◇妊娠中あるいは授乳中であれば口にチェックしてください

□ 妊娠中 (_____ か月目) □ 授乳中

◇いずれかにチェックしてください

タバコ: □ 吸う(_____ 歳から _____ 年間) □ 吸わない □ 吸っていた(_____ 歳から _____ 年間)

飲酒: □ する(量: _____ 頻度:週 _____ 回) □ しない

◇最後に当院を知るきっかけについて教えていただければ幸いです

□ インターネット □ お知り合いからの話 □ 広告 □ 雑誌 □ その他(_____)